

УДК 614.253:159.9

ПСИХОЛОГІЧНА ВЗАЄМОДІЯ «МЕДИК–ПАЦІЄНТ»**О. М. Рудницька**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті подано інформацію про основні види взаємодії медичного працівника і пацієнта.

PSYCHOLOGICAL INTERACTION «DOKTOR – PATIENT»**О. М. Rudnytska**

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational and Scientific Institute of Nursing*

The article contains information about main types of interactions between a medical worker and a patient.

Вступ. У реляції лікар–пацієнт завжди існують психологічні чинники, навіть, якщо багато медиків їх недооцінюють, що може погано вплинути на процес лікування. Психологічні аспекти клінічної практики повинні спиратися на психологічні дані. Різні види цих даних охоплюють:

- інформації, котрі одержані за допомогою опитування;
- статистичні дані;
- якісні описи інтеракції лікар–пацієнт і досвід пацієнта;
- клінічні спостереження.

Медик може використовувати ці дані в критичний спосіб із метою опрацювання реакції на кожну специфічну проблему, а потім оцінити результати.

Психологічний підхід відрізняється від буденної медичної практики, оскільки базується на тому, що:

- тіло і розум нерозривні;
- люди, зазвичай, не акцептують ситуацій, але можуть їх активно вирішувати;
- люди постійно аналізують, що з ними відбувається;
- психологічні процеси впливають як на медиків, так і на пацієнтів.

Основна частина. Сучасна система охорони здоров'я на Заході є сумішшю дуалізму, голізму і консумеризму. Рідко трапляється, щоб праця

медика була замкнутою в одній з цих моделей. Різні аспекти лікування віддзеркалюють впливи різних моделей [1].

Моделі, з якими працюють медики, можуть призводити до суперечливих цілей. Наприклад, психологічне розв'язання проблеми пацієнта може не бути успішним. Вимоги медиків щодо психології є так само складними. Психологічні знання повинні використовуватись для кращого розуміння проблем медичних і передбачення психічних реакцій пацієнтів. Однак вибір між доступними реляціями часто робиться на ґрунті медицини чи етики, а не психології [2].

Різні моделі мають відмінні вимоги щодо психології. Згідно з теорією дуалізму, хвороба соматична є результатом фізичних процесів, котрі зрозумілі тільки спеціалістам. Авторитарні медики потребують психології для полегшення акцептації пацієнтами їхніх рішень.

Голізм визнає, що психічні процеси є причиною соматичних хвороб, котрі, в свою чергу, призводять до психічних потреб. Голістичні медики потребують психології до пояснення і лікування хвороб та їх наслідків.

Консумеризм підкреслює вибір пацієнта. Психологія слугує тут для оцінки задоволення пацієнта. Клінічна практика є сумішшю різних моделей, котрі часом визначають суперечливі цілі і додатково викликають стрес [3, 4].

Стрес – це фізіологічні, емоційні та інші наслідки психічних ситуацій, включно з хворобою та її лікуванням. Люди фізично по-різному реагують на стрес, хоча часто не усвідомлюють, що це власне стресова реакція. Тому є багато звернень до медиків з проявами таких реакцій. Люди можуть реагувати на труднощі, опановуючи саме цю ситуацію або її емоційні наслідки. Останнє може створити складності для медиків їх дезорієнтувати [1–3].

Лікарі повинні інформувати пацієнтів про вплив психіки на стан здоров'я, не покладаючи на них відповідальності за хворобу. Популярне твердження, що стрес призводить до хвороби, є спрощеним. Але те, як люди оцінюють і вирішують ситуації, має вплив на фізіологічні процеси хвороби. Деякі особи мають ризик серцевих хвороб, оскільки змушені вирішувати складні для них ситуації. Інші мають загрозу цих хвороб, оскільки оцінюють ситуації як складні. Ракові хвороби мають зв'язок із загальмованими емоційно способами виходу з ситуацій. «Дух боротьби» і відкрите вираження своїх почуттів парадоксально спричиняють кращі результати в лікуванні деяких новоутворень [5, 6].

Повернення до здоров'я після хвороби є легшим завдяки емоційній підтримці. Оскільки психічні чинники мають вплив на фізіологічні процеси, то деякі соматичні хвороби можна лікувати психологічно.

Клінічна оцінка стану пацієнта повинна враховувати і переконання самих пацієнтів. Оцінці підлягає також зміст цих переконань, наприклад, звинувачення інших за появу хвороби, порушення рівноваги органічних процесів та ін. Лікарі часто не усвідомлюють приводів для візиту пацієнтів, таких як: бажання підтвердити «роль хворого» чи створення «союзу» проти хвороби. Прості запитання можуть виявити, якої допомоги потребує пацієнт: інформації, підтримки чи інтервенції. Помилково оцінені інтенції пацієнтів можуть призвести до застосування непотрібного або шкідливого лікування.

Щодо впливу психіки на соматичні хвороби, то медик повинен, передусім, сприймати ці емоції

як нормальні та допомогти пацієнтові їх акцептувати. Емоційні наслідки хвороби і лікування, їх сприйняття можливе тільки завдяки розумінню переконань пацієнта. Ситуації, котрі є наслідками хронічної хвороби, охоплюють відповідальність за процес лікування, звичайні обов'язки щодо сім'ї і суспільства пов'язані з певними обмеженнями. Деякі клопітливі реакції пацієнтів (як нехтування важливих приписів лікаря або злість на нього) – це спроби зарадити собі з емоційними ситуаціями внаслідок хвороби. Депресія в хронічній хворобі може довести до смерті. Медики надають підтримку безпосередньо або через сім'ю пацієнта. Порадництво може допомогти подолати депресію, котра часто відступає, коли пацієнт відчуває підтримку.

Складні ситуації, котрі змінюють психіку людини, це інформація про невиліковну хворобу і близьку смерть. Спосіб пристосування віддзеркалює рівновагу між двома силами натиску: униканням перед завданням і конфронтацією. Кожен пацієнт вибирає між заглибленням у минуле і боротьбою за майбутнє. Конфронтація означає перехід від орієнтації на минуле до орієнтації на майбутнє. Оскільки не існує «правильних» способів пристосування до ситуації, медик повинен оцінити індивідуальні потреби пацієнта і підтримати його процес пристосування. Для співпраці з пацієнтом медик мусить дати можливість пацієнтові відкрито виражати свої почуття і шанувати їх.

Висновок. З етичних і медико-правничих причин пацієнти потребують особливої інформації, щоб погодитися на лікування. Як інформування, так і контроль часто є умовами результативності терапії і додатково впливають на акцепцію процедур. Але це не повинно означати перекидання відповідальності на хворого. Пояснення полягають у допомозі пацієнтам у розумінні інформації. Потребу участі хворого можна забезпечити через надання можливості вибору, почуття контролю, заангажування, що додатково може зменшити стресові реакції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Фундаментальные принципы психосоматического подхода / Ф. Александер // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. – № 1.
2. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2000.
3. Абрамова Т. С. Психология в медицине / Т. С. Абрамова, Ю. А. Юдич. – М., 1998.

4. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага, 1983.
5. Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф. З. Меерсон. – М., 1981.
6. Мишина Т. М. Исследования семьи в клинике и коррекция семейных отношений / Т. М. Мишина // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983.